CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

ANNEXES AU CONTRAT DE SEJOUR

Centre de Gériatrie « Le Molinel »
Rue Salvador Allende – BP 165
59244 WASQUEHAL
Tel : 03.20.89.65.65 - Fax : 03.20.89.65.68
E.mail : direction@ch-wasquehal.fr

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR POUR UNE ADMISSION EN USLD OU EN EHPAD

Pour tous les résidents

☐ Dossier de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personne âgée (Cerfa) avec la partie médicale complétée et signée par le médecin traitant ou hospitalier (sauf pour les patients en SSR au CHI)

☐ Contrat de séjour signé

☐ Copie du ou des livrets de famille ou extrait d'acte de naissance avec mentions marginales

☐ Copie de la carte d'identité ou de la carte de séjour en cours de validité pour les étrangers

☐ Attestation de Sécurité Sociale

☐ Carte de mutuelle

☐ Le derniers avis d'imposition et la déclaration fiscale de l'année en cours

☐ Les justificatifs des comptes bancaires (6 derniers mois), les diverses épargnes (si pas d'épargne : déclaration sur l'honneur de non possession), les emprunts et les dettes en cours

☐ Un RIB

☐ Copie du jugement ou de l'ordonnance pour les personnes sous protection juridique

☐ Notification APA s'il y a lieu

☐ Dispositions de fin de vie (copie contrat d'obsèques, …)

☐ La caution solidaire signée par chaque obligé alimentaire (annexe n°6)

☐ Les noms, adresses et coordonnées téléphoniques de tous les enfants (annexe n°7)

☐ Nom et adresse du notaire pour les propriétaires (annexe n°9)

Pour les personnes qui règlent seuls ou avec l'aide d'un tiers

☐ L'engagement de payer signé par le résident ou son représentant légal (annexe n°3)

☐ Le contrat de prélèvement automatique (annexe n°15) si vous le souhaitez

Pour les personnes qui demandent l'aide sociale :

☐ Justificatifs de pensions (du couple si conjoint à domicile)

☐ Attestation CAF (allocation logement, …)

☐ Montant mensuel des cotisations Mutuelle

☐ L'accusé de réception de la demande d'Aide Sociale délivré par le CCAS

☐ L'engagement de reversement des pensions dans l'attente de l'aide sociale (annexe n°4)

☐ L'autorisation de versement des pensions (annexe n°5)

Annexe 1

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

LES TARIFS USLD ET EHPAD

TARIFS EHPAD – PRESTATIONS SOCLES

Tarif hébergement + de 60 ans : au 1er Juin 2026 :	75,74€
Tarif hébergement - de 60 ans : au 1er Juin 2026 :	94,32€
Tarifs dépendance : au 1er Juin 2026 :	
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 1 et 2 :	20,81 €
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 3 et 4 :	13,21 €
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 5 et 6 :	5,60€

- ***Tarif hébergement + de 65 ans + Ticket modérateur dépendance GIR 5/6 : 81,34*** €
- ***30 jours = 2 440,20 €/ 31 jours = 2 521,54€/ Moyenne mensuelle = 2 480,87€***

TARIFS USLD – PRESTATIONS SOCLES

Tarif hébergement + de 60 ans : au 1er Juin 2026 :	75,66 €
Tarif hébergement - de 60 ans : au 1er Juin 2026 :	99,15 €
Tarifs dépendance : au 1er Juin 2026 :	
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 1 et 2 :	26,09 €
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 3 et 4 :	16,54 €
Personnes classées en Groupe Iso Ressources 5 et 6 :	7,03€

- ***Tarif hébergement + de 65 ans + Ticket modérateur dépendance GIR 5/6 : 82,69*** €
- ***30 jours = 2 480,70 €/ 31 jours = 2 563,39 €/ Moyenne mensuelle = 2 522,04 €***

PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES

Tarifs des prestations servies aux accompagnants : au 1er janvier 2026 :

Nuit et petit déjeuner :	16,22 €
Déjeuner ou dîner classique	10,00 €
Déjeuner ou dîner festif :	16,50€
Dîner ou déjeuner enfant – 12 ans :	8,00 €

Demande de dossiers médicaux : ***au 1er janvier 2026***

Tarif de reproduction (la copie) ***:***	0,06 €

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Annexe 2

ENGAGEMENT DE PAYER LES FRAIS DE SEJOURS

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ……

Demeurant, ……
……

☐ M'engage à régler mes frais de séjours en EHPAD ou en USLD

☐ M'engage à régler les frais de séjours en EHPAD ou en USLD, de :

Madame ou Monsieur : ……

En qualité de :

- ☐ Conjoint
- ☐ Enfant
- ☐ Représentant légal

Les frais de séjours se composent :

- Du forfait hébergement :
  - **75,74 €** par jour en EHPAD
  - **75,66 €** par jour en USLD

- Du tarif dépendance correspondant au ticket modérateur (GIR 5/6) :
  - **5,60€** par jour en EHPAD
  - **7,03 €** par jour en USLD

  - ➢ **Soit, 81,34 € par jour au 1er Juin 2026 en EHPAD**
  - ➢ **Soit, 82,69 € par jour au 1er Juin 2026 en USLD**

Ces tarifs sont révisables chaque année, le montant de ces frais sera à verser chaque mois à la Trésorerie Hospitalière de ROUBAIX.

Lu et approuvé,

Wasquehal le,

SIGNATURE

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Annexe 3

ENGAGEMENT DE REVERSEMENT DES PENSIONS DANS L'ATTENTE DE LA DECISION D'AIDE SOCIALE

Pour la période transitoire allant de la date d'entrée dans l'Etablissement ou de la demande d'Aide Sociale à la date de décision de la prise en charge à l'Aide Sociale par le Conseil Départemental,

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ……

- ☐ Résident
- ☐ Parent : Lien de parenté ……
- ☐ Représentant légal ……

M'engage à reverser à la Trésorerie Hospitalière de ROUBAIX, par chèque ou par virement, mes pensions ou les pensions de :

Madame, Monsieur : ……

Nom de la Pension	**Montant mensuel**	**90% du montant**
TOTAL Pensions		
Montant de la mutuelle		- **85 €**
90% Pensions-mutuelle		

Je m'engage à reverser à l'Etablissement 90% de mes pensions (moins le montant de ma mutuelle) jusqu'à la réception de la décision de la prise en charge au titre de l'aide sociale, soit, la somme de ……**€** à compter du ……., et ce, jusqu'à la décision d'aide sociale. Ce reversement ne donne pas lieu à une facture, il est à effectuer chaque mois.

Fait à Wasquehal, le ……

SIGNATURE

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Annexe 4

AUTORISATION DE VERSEMENT DES PENSIONS DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'AIDE SOCIALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ……

N° de Sécurité Sociale : ……..

Hébergé(e) au titre de l'article L 132-3 du code de l'action sociale et des familles
au Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal
2, rue Salvador Allende
59290 WASQUEHAL

Autorise Madame la Trésorière Principale de ROUBAIX à percevoir le montant des pensions qui me sont dues.

Fait pour valoir ce que de droit

Fait à ……., le ……

SIGNATURE

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Annexe 5

ACTE DE CAUTIONNEMENT SOLIDAIRE

Articles 2287-1 à 2320 du Code Civil

Caution signataire du présent engagement :

NOM marital : …… NOM de jeune fille : ……
PRENOM(S) :……
ADRESSE : ……
……

Date et signature du Contrat de Séjour : ……
Nom du résident : ……

A la date de la signature, le montant du prix de journée et du tarif dépendance applicable est de : 82,69€/jour
Somme en toutes lettres : quatre-vingt-deux euros et soixante-neuf centimes

Ce montant est fixé chaque année par arrêté du Président du conseil Départemental.

Après avoir pris connaissance du Contrat de Séjour le signataire du présent contrat déclare se porter caution solidaire et s'engage, à ce titre, au profit de l'Etablissement, à satisfaire aux obligations du résident qui résultent du Contrat de Séjour pour le paiement :

- des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par arrêté du Président du Conseil Général,
- des charges récupérables et réparations éventuelles.

La présente caution renonce expressément au bénéfice de la division et de la discussion.

La présente caution est souscrite au profit de l'Etablissement pour la durée du Contrat de Séjour, sous réserve qu'à chaque révision des frais de séjour elle n'ait pas dénoncé le cautionnement dans un délai de deux mois après avoir été informée.

La caution solidaire confirme sa connaissance de la nature et de l'étendue de ses obligations en recopiant de sa main la mention ci-après :

Je me porte caution solidaire sans bénéfice de division ni de discussion pour les obligations nées au cours de l'exécution du Contrat de Séjour et résultant de ce Contrat de Séjour dont j'ai reçu un exemplaire :

- pour le paiement des frais de séjour, hébergement et dépendance, fixés chaque année par le Président du Conseil Général et révisables unilatéralement sous réserve qu'après en avoir été informé je n'ai pas dénoncé mon cautionnement dans un délai de deux mois,

- pour le paiement des charges afférentes à la prise en charge de la dépendance calculée en fonction du GIR du résident si ce dernier ne peut bénéficier de l'APA,

- pour le paiement des charges récupérables et réparations éventuelles.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Mention manuscrite de la caution :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à ..... le .....
en deux exemplaires originaux, dont un pour chaque partie.

LA CAUTION
Signature précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé pour caution solidaire »

Le Représentant de l'Etablissement
Signature précédée de la mention manuscrite
« lu et approuvé, bon pour acceptation »

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Annexe 6

ADRESSE DES ENFANTS/OBLIGES ALIMENTAIRES

1) **Madame, Monsieur**, ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

Adresse mail ……

2) **Madame, Monsieur**, ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

Adresse mail ……

3) **Madame, Monsieur**, ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

Adresse mail ……

4) **Madame, Monsieur,** ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

5) **Madame, Monsieur**, ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

6) **Madame, Monsieur,** ……

Adresse : ……

N° de téléphone ……/……

Merci de noter les coordonnées des autres enfants sur une feuille vierge s'il y en a plus que 6.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Annexe 7

INFORMATION RELATIVE A L'ENVOI DES COURRIERS

Monsieur / Madame (Résident ou son représentant) : ……..

Autorise :

Monsieur et ou Madame : ……..

Lien de parenté : ……..

Demeurant : ……..

……..

Adresse mail : ……

❒ A recevoir les factures liées à mon séjour au Centre de Gériatrie

❒ A recevoir les courriers concernant l'établissement (informations, invitations, …)

Si du courrier arrive à l'établissement à mon attention, je souhaite que :

❒ M. ou Mme …… vienne le retirer à l'accueil

ou

❒ L'établissement ouvre le courrier et me le scanne

Wasquehal, le ……

Signature du Résident ou
de son représentant légal

Annexe 8

ADRESSE DU NOTAIRE POUR LES PROPRIETAIRES

Maître ……

Adresse : ……

……

N° de téléphone : ……/……

Annexe 9

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

INFORMATION DEPÔT DES BIENS ET VALEURS

En application des dispositions des articles L.113-1 à L.1113-10 et R.1113-1 à R. 1113-9, du Code de la santé publique, nous vous informons des règles relatives aux biens détenus par les personnes admises ou hébergées dans l'établissement ainsi que sur les possibilités de dépôt de ces biens.
Les sommes d'argent, titres et valeurs, livrets d'épargne, chéquiers, carte de crédit, bijoux et objets précieux peuvent être déposés auprès du comptable public de l'établissement (Monsieur le Receveur, Comptable du Trésor Public) par l'intermédiaire du régisseur de recettes.

Les autres biens mobiliers dont la nature justifie la détention pendant le séjour, tels les objets d'usage courant, papiers d'identité, clés, etc., peuvent être déposés auprès du régisseur de recettes de l'établissement.

En aucun cas, le dépôt de bien – quelle que soit la nature des objets – n'est obligatoire. Il est toutefois vivement recommandé, la responsabilité de l'établissement ne pouvant être engagée que pour les objets ayant fait l'objet d'un dépôt (sauf pour les personnes incapables d'effectuer les formalités de dépôt lors de leur admission dans l'établissement).

Les objets abandonnés (c'est-à-dire ceux n'ayant pas fait l'objet d'un retrait ou n'ayant pas été déposés selon les formes requises) seront remis après une période d'un an à la caisse des dépôts et consignation s'il s'agit de valeurs ou au service des Domaines aux fins d'être mis en vente pour les autres biens.

Les agents du service des admissions et le régisseur de recettes de l'établissement se tiennent à votre disposition pour toutes précisions complémentaires que vous souhaiteriez obtenir.

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. …….

Certifie avoir été informé(e) des dispositions prévues aux articles L 1113-1 à L. 1113-10 et R. 1113-1 à R. 1113-9 du Code de la Santé Publique relative aux objets déposés par les patients des établissements de santé et des résidents des établissements d'hébergement.

Fait à ……., le ……

SIGNATURE

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Annexe 10

COMPOSITION DU TROUSSEAU

POUR LES HOMMES

- 10 slips
- 10 maillots de corps (coton uniquement)
- 5 pyjamas
- 5 chemises ou polos
- 5 pantalons ou joggings
- 2 gilets et 5 pulls (sauf laine)

POUR LES FEMMES

- 10 culottes
- 10 maillots de corps, chemises de corps (coton uniquement)
- 7 chemises de nuit ou pyjamas
- 6 robes ou jupes
- 6 chemisiers ou tee-shirts (si jupes)
- 2 gilets et 5 pulls (sauf laine)

HOMMES/FEMMES

- 2 peignoirs
- 10 mouchoirs
- 2 paires de chaussons/chaussures
- 7 paires de chaussettes (bas ou collant) **à renouveler**
- Nécessaire de toilette (savon, brosse à dents, dentifrice, peigne, brosse, rasoir, mousse à raser) **à renouveler régulièrement**

Le linge est entretenu par l'établissement (sauf avis contraire du résident), aussi il est **indispensable de faire identifier par la lingerie, l'ensemble du linge** (lavé ou non par l'établissement) constituant le trousseau, dès l'entrée et tout au long du séjour.

Le jour de l'entrée, un aide-soignant et un agent du service hôtelier réalisent l'inventaire et acheminent les effets propres en lingerie afin qu'ils soient identifiés. **Le linge apporté au cours du séjour doit être également amené par la famille à la lingerie pour identification**. La lingère située au 1er étage près du restaurant des résidents est à la disposition des familles. Il est possible de prendre contact avec elle, au poste **6130 de 14h à 16h00**.

Le linge non identifié ne sera pas restitué en chambre, il restera en lingerie. Le résident ou sa famille devra se déplacer pour l'identifier et le récupérer.

Attention, certains textiles ne sont pas adaptés au lavage industriel (thermolactyl, vêtements contenant de la laine, lin, soie, …).

La responsabilité de l'établissement ne peut être engagée en cas de perte ou de détérioration du linge si ces consignes ne sont pas respectées.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Annexe 11

Information sur la personne de confiance

La loi du 4 mars 2002 a introduit la notion de personne de confiance. Il s'agit d'une mesure innovante permettant à toute personne majeure de désigner une personne de confiance habilitée à être informée et consultée lorsque le patient se trouve hors d'état d'exprimer sa volonté et à l'accompagner durant son séjour à l'hôpital.

1. **Quelles sont les missions de la personne de confiance ?**
   La personne de confiance est l'interlocuteur légitime du personnel médical. La loi lui confie deux missions spécifiques :
   - Elle doit être consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et ne peut plus recevoir l'information. Dans ce cas, la personne de confiance ne se substitue pas au patient, mais elle oriente le praticien afin d'adapter aux mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et des convictions du patient ;
   - Elle peut accompagner le patient et l'aider à prendre une décision quand ce dernier est lucide et le souhaite. Le secret médical est dans ce cas partagé car la personne peut être amenée à assister aux entretiens médicaux.
   - La personne peut accompagner le patient, sur demande de celui-ci, lors de la consultation de son dossier. La personne de confiance ne dispose cependant pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

2. **Qui peut désigner une personne de confiance ?**
   - **La personne majeure**
     Seul un patient majeur peut désigner une personne de confiance. Le patient qui ne bénéficie pas de son entière lucidité ne peut désigner une personne de confiance et cette inaptitude doit être tracée.
   - **La personne sous curatelle**
     Elle peut faire le choix d'une personne de confiance qui peut être différente de son curateur.
   - **La personne sous tutelle**
     Lorsque le patient est placé sous tutelle, il n'a pas la possibilité de désigner une personne de confiance.

3. **Qui peut être désigné comme personne de confiance ?**
   Il s'agit d'une personne librement choisie par le patient dans son entourage et en qui il a toute confiance (parent, proche ou médecin traitant). La désignation de la personne de confiance n'est pas une obligation mais un droit pour le patient.

4. **Comment désigner une personne de confiance ?**
   La désignation de la personne de confiance s'effectue par écrit. Ce document doit préciser les noms, prénoms, adresse et moyen de joindre la personne de confiance, des imprimés sont prévus à cet effet.
   La désignation de la personne de confiance dure le temps du séjour au Centre Hospitalier.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

Annexe 12

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

(Article L 1111-6 du code de la Santé Publique)

Je soussigné(e)[1],

NOM ……

PRENOM : ……

DATE DE NAISSANCE : ……

☐ Souhaite désigner la personne de confiance suivante :

NOM, PRENOM : ……

ADRESSE : ……

TELEPHONE : ……

LIEN DE PARENTE : ……

➔Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en capacité de m'exprimer : oui □ non □

➔Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui □ non □

Fait à ……., le ……

Signature du patient **Visa de la personne désignée**

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas en désigner sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Fait à …….. le ……

Signature du patient

☐ Les troubles cognitifs de M……. ne lui permettent pas de désigner une personne de confiance

le …… Dr ……

[1] patient ou résident

Annexe 13

AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE

Je soussigné(e),

NOM ……

PRENOM : ……

❒ **autorise** par la présente, Madame la Directrice du Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal à publier, exposer ou diffuser une photographie me représentant dans les parutions ou publications suivantes :

- ☐ Livret d'accueil
- ☐ Site Internet
- ☐ Page Facebook de l'établissement
- ☐ Journal ou revue interne
- ☐ Autres (à préciser) ……

Durée de conservation : (cocher la case correspondante)

- ☐ Illimitée

OU

- ☐ Jusqu'à mon départ de l'établissement

Elle pourra être révoquée à tout moment.

La présente autorisation est personnelle et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés ci-dessus. Elle est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

❒ **n'autorise pas** la diffusion de mon image

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

SIGNATURE

Annexe 14

CONTRAT DE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Relatif au paiement des frais d'hébergement et de dépendance
au Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal

Entre,

Nom, Prénom……

Demeurant……

……

……

et le Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal, 2 Rue Salvador Allende – 59290 WASQUEHAL

Il est convenu ce qui suit :

1- Dispositions générales

Les résidents hébergés à titre payant peuvent régler leur avis des sommes à payer, soit :
- par chèque bancaire ou postal, libellé à l'ordre du Trésor Public, accompagné du talon détachable du titre exécutoire, sans ne le coller ni l'agrafer, à envoyer à l'adresse suivante : 35, avenue Charles Fourier, 59066 ROUBAIX Cedex 1
- par prélèvement mensuel automatique pour les redevables ayant souscrit un contrat de prélèvement automatique

2- Montant du prélèvement

Chaque prélèvement effectué entre le 8 et le 18 de chaque mois de l'année représente le montant égal à la facture mensuelle établie par l'établissement (facturation à terme échu).

3- Changement de compte bancaire

Le redevable qui change de numéro de compte bancaire, d'agence, de banque ou de banque postale, doit se procurer un nouvel imprimé de demande de mandat de prélèvement SEPA auprès de l'accueil de l'établissement.
Il conviendra de le remplir et de le retourner, dûment daté et signé, accompagné du nouveau Relevé d'Identité Bancaire ou Postal à l'établissement. Cet envoi doit parvenir au moins 2 mois avant la date de prélèvement prévue.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE Wasquehal

4- Renouvellement du contrat de prélèvement automatique

Sauf avis contraire du redevable, le contrat de prélèvement bancaire est automatiquement reconduit l'année suivante, le redevable établit une nouvelle demande uniquement lorsqu'il a, auparavant, résilié son contrat et qu'il souhaite à nouveau bénéficier du prélèvement automatique pour l'année suivante.

5- Echéances impayées

Si un prélèvement ne peut être effectué sur le compte du redevable, il ne sera pas automatiquement représenté. Les frais de rejet sont à la charge du redevable.
L'échéance impayée augmentée des frais de rejet est à régulariser auprès de la Trésorerie Hospitalière, 35 Avenue Charles Fourier, 59066 ROUBAIX Cedex 1

6- Mr, Mme, …… autorise le Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal à effectuer le prélèvement automatique et s'engage à approvisionner son compte, à signaler toute anomalie à l'établissement dès réception de l'avis des sommes à payer.

Fait à ……., le ……

Signature du redevable (précédée de la mention « lu et approuvé »)

MERCI DE JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE OU POSTAL (RIB, RIP ou RICE) AU MANDAT DE PRELEVEMENT CI-JOINT.

La Directrice,
Mme Carole BRIDOUX